

Dr. Boukje Dijkstra
senior onderzoeker Novadic-
Kentron en directeur Nijmegen
Institute for Scientist-Practitioners
in Addiction (Nispa)

Harmen Beurmanjer MSc
GHB-onderzoeker Novadic-
Kentron, buitenpromovendus Nispa

Dr. Rama Kamal
verslavingsarts KNMG,
psychiater i.o.,
manager crisis care GGZ Eindhoven

Dr. Arnt Schellekens
psychiater Radboudumc en
directeur Nispa

OOK AANDACHT VOOR PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN OM TERUGVAL TE VOORKOMEN

De behandeling van GHB-afhankelijkheid

GHB is een populaire drug. Gebruik leidt snel tot afhankelijkheid, die lastig is te behandelen doordat veel patiënten terugvallen. Door aandacht voor de psychosociale effecten van het gebruik wordt verwacht dat de effectiviteit van de behandeling toeneemt.



GETTY IMAGES

In het afgelopen decennium is het gebruik van gammahydroxybutyraat (GHB) en precursors daarvan, zoals gammabutyrolactone (GBL), sterk toegenomen. In de jaren negentig werd het middel vooral gebruikt in de uitgaansscene en door bodybuilders, maar er heeft een verschuiving plaatsgevonden naar gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers. GHB wordt vooral gebruikt voor de euforische, ontspannende en lustopwekkende effecten, waarbij naderhand geen kater of andere negatieve effecten worden ervaren. Ook wordt het gebruikt als zelfmedicatie bij slaapproblemen, angst en depressieve klachten. Bij doseringen van meer dan 20-30 mg/kg geeft GHB duizeligheid, sedatie, slaap, spierontspanning en hypothermie. GHB is een relatief gevaarlijke drug, omdat het een zeer kleine therapeutische marge heeft. Een dosis boven 50 mg/kg kan coma veroorzaken. Dit laatste wordt door recreatieve gebruikers vaak niet als problematisch ervaren.

Chronisch gebruik

GHB-gebruik kan leiden tot afhankelijkheid, waarbij frequent gebruik noodzakelijk is en de patiënt lichte (tremor, slapeloosheid, rusteloosheid, milde angst of onrust) tot ernstige onthoudingsklachten (psychose, ernstige agitatie, tachycardie, hypertensie, verwardheid, spiersamentrekkingen en delirium met hallucinaties) ervaart als er niet wordt gebruikt. Deze verschijnselen beginnen 1 tot 6 uur na het abstineren en kunnen 5 tot 15 dagen aanhouden. Hoewel de detoxificatie van deze patiënten doorgaans ongecompliceerd verloopt, consumeren GHB-gebruikers meer zorg dan andere groepen in de verslavingszorg en is het aantal heraanmeldingen aanzienlijk hoger.¹ Deze zorg is vaker gericht op acute zorg, zoals crisisopnames en detoxificaties, dan bij andere verslaafden. Ook buiten de verslavingszorg wordt door GHB-gebruikers veel zorg geconsumeerd, zoals veelvuldige opnames op de intensive care en spoedeisende hulp. GHB-afhankelijke patiënten ervaren daarnaast veel comorbide psychische klachten en cognitieve problemen en

Een coma wordt door recreatieve gebruikers vaak niet als problematisch ervaren

neurobiologisch kan na detoxificatie meer impulsief gedrag voorkomen.²

Ontwikkelingen in Nederland

De afgelopen jaren zijn veel inzichten verworven in de ernst van de problematiek en de gevolgen daarvan voor behandeling. De belangrijkste vatten we hieronder kort samen.

Detoxificatie

De eerste landelijke GHB-monitor is in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd door het Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (Nispa), een samenwerkingsverband van verschillende verslavingszorginstellingen in Nederland. Het doel van het project was om meer inzicht te krijgen in de patiëntenpopulatie met GHB-afhankelijkheid en de toepasbaarheid van detoxificatie met behulp van farmaceutische GHB, de DeTiTap-methode (Detoxificatie van GHB na Titratie en Tapering). Het project heeft geresulteerd in drie evidencebased protocollen: 1. hoe intramurale detoxificatie binnen de verslavingszorg kan worden uitgevoerd, 2. wanneer een ambulante detoxificatie geïndiceerd is en 3. hoe detoxificatie in het ziekenhuis uitgevoerd kan worden en hoe intoxicatie en onthouding te onderscheiden zijn. Een kwart van de patiënten in de GHB-monitor bleek met spoed te zijn opgenomen voor detoxificatie. Zij waren bovendien veelvuldig voor detoxificatie behandeld op de SEH en 20 procent zelfs minimaal één keer op een IC. Twee derde van de patiënten viel binnen drie maanden terug in GHB-gebruik.³⁻⁵

Vervolg na detoxificatie

De tweede landelijke GHB-monitor was gericht op terugvalpreventie na detoxificatie.⁶ In de studie bleek dat patiënten die baclofen voorgeschreven kregen (tot 60 mg per dag) minder terugval en drop-out vertoonden dan patiënten die geen baclofen gebruikten. Door de opzet van de studie kunnen geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van baclofen. De resultaten zijn echter in lijn met een eerder gepubliceerde case-serie en rechtvaardigen verder onderzoek.⁷

Uit deze monitor bleek ook dat GHB-afhankelijke patiënten na detoxificatie verschillende behandelingen aangeboden krijgen; vaak een combinatie van farmacotherapie (10-40% van de GHB-afhankelijke patiënten) en psychotherapeutische interventies (30-50%). Alle deelnemende instellingen melden hoge drop-outcijfers in het begin van het behandeltraject als een dergelijk traject al tot stand komt. De diversiteit aan sociaal-maatschappelijke problemen, frequente comorbiditeit en hoge crisisgevoeligheid vormen een grote uitdaging in de behandeling.

Ziekte-inzicht en behandelbehoeften

Patiënten met GHB-verslaving zijn geïnterviewd over hun ideeën over GHB-gebruik en een passende behandeling van hun afhankelijkheid.⁸ Ze rapporteren, zeker in de eerste periode van gebruik, vooral voordelen: door het GHB-gebruik functioneren ze op meerdere levensgebieden beter, zonder kater of andere vervelende restverschijnselen. Doordat in het begin GHB voor hen uitsluitend belonend werkt, neemt de frequentie van gebruik snel toe. Als ze vervolgens hulp zoeken is dat vooral voor fysieke problemen. Na detoxificatie zijn de fysieke problemen grotendeels verdwenen, maar nemen de psychische problemen, waaronder somberheid en angst, sterk toe. Daarom richt de hulpvraag van deze groep patiënten zich vooral op de psychosociale problemen, en minder op de GHB-verslaving zelf. Bij aanvang van de behandeling dient er dan ook direct aandacht te zijn voor psychosociale klachten,

een concrete daginvulling en het betrekken van de sociale omgeving. Patiënten moeten goed worden voorbereid op het traject en de psychische klachten die kunnen gaan komen. Hierbij zouden ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen.

Ketenzorg

In de regio's West-Brabant en Amsterdam zijn knelpunten in de ketenzorg en mogelijke oplossingen geïnventariseerd.⁹ De belangrijkste knelpunten: GHB-gebruikers kunnen agressief en onbenedikbaar zijn en het bewustzijn verliezen. Ook lijken patiënten niet altijd geholpen te willen worden. Daarnaast is het lastig de juiste opvang te vinden voor een GHB-gebruiker die buiten kantoor tijd in crisis is met intoxicatie- of onthoudingsverschijnselen. De ggz-crisisdienst beschikt niet altijd over faciliteiten om de soms ernstige somatische complicaties te behandelen. Aanvullend is ook de vervolgbehandeling na een acute situatie niet optimaal. Oplossingen zijn: het verbeteren van de algemene kennis, preventief handelen, duidelijke regionale afspraken, uitbreiding van de verslavingszorgcrisisdienst en meer maatwerk.¹⁰

Toekomstige activiteiten

ZonMw financiert het ontwikkelen van een richtlijn tegen het terugvallen van

GHB-verslaafden. Dit moet handvatten opleveren voor de verslavingszorg. Het ziekenhuisnetwerk Antwerpen en het Radboudumc gaan onderzoek doen naar de verschillen tussen detoxificatie met farmaceutische GHB en met benzodiazepinen. En in het AMC in Amsterdam wordt onderzocht of GHB-gebruik en -overdosering leiden tot hersenschade en cognitieve stoornissen. Mainline ontwikkelt tools om GHB-coma's te voorkomen.

Inzichten

De komende jaren blijft de aandacht voor GHB-afhankelijkheid in de verslavingszorg actueel. Detoxificatie is nu weliswaar goed uitvoerbaar, maar de terugval blijft hoog. Er zijn vele factoren die hieraan bijdragen, waaronder comorbide psychologische klachten, een toename van angstproblemen na het stoppen met GHB, sociale problemen, het ontbreken van dagelijkse activiteiten en een beperkte continuïteit van zorg. De komende jaren worden verschillende projecten uitgevoerd om het terugvallen van GHB-verslaafden tegen te gaan.

Behandeldoelen

Interventies moeten zijn gericht op de problemen die GHB-patiënten ervaren. Het betreft vooral niet-middelengerichte behandeldoelen, zoals omgaan met psychische problemen, cognitieve

problemen, slaapproblemen, de omgeving en dagelijkse activiteiten. Ondersteuning hierbij is van groot belang om terugval te voorkomen. ■

Contact

Boukje.dijkstra@outlook.com
Cc: redactie@medischcontact.nl

Web

De voetnoten vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl

GHB

Gammahydroxybutyraat (GHB) komt in de hersenen van nature voor als neurotransmitter. GHB heeft vooral effect op de gamma-aminobutyric acid (GABA)-B-receptoren en daarnaast op de GABA-A-receptoren als het in overmaat is ingenomen. Het heeft ook effect op de GHB-receptoren en moduleert daarnaast verschillende andere neurotransmitters, zoals glutamaat en dopamine.

GHB wordt gemaakt van gammabutyrolacton (een schoonmaakmiddel) en natronloog (gootsteenontstopper) en deze ingrediënten zijn makkelijk via internet verkrijgbaar. De concentratie van straat-GHB varieert van 400 tot 800 mg per ml. De gemiddelde concentratie bij mensen die zeer regelmatig GHB gebruiken, valt doorgaans binnen een range van 600-670 mg/ml. Van de precursor van GHB, GBL, wordt ook misbruik gemeld. GBL is meer lipofiel dan GHB en wordt sneller geabsorbeerd na orale inname. GBL wordt snel gemetaboliseerd in vivo in GHB en induceert dezelfde symptomen mogelijk in hogere intensiteit (factor 2,5).